

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 77.

DES
MYOMES DE LA VESSIE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antony THOMAS

Ancien externe des hôpitaux de Lyon,
Ancien interne S^t des hôpitaux de Saint-Etienne.

Né à Lyon, le 16 mars 1883.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 23
PARIS

1911

DES
MYOMES DE LA VESSIE
CHEZ LA FEMME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 77.

DES
MYOMES DE LA VESSIE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antony THOMAS

Ancien externe des hôpitaux de Lyon,
Ancien interne S^r des hôpitaux de Saint-Etienne.

Né à Lyon, le 16 mars 1883.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JO-SERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC.	MM. J. LÉPINE.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMAUD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. POLLOSSON, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. PATEL et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

HOMMAGE
A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET
A MA MÈRE

A mon Président de thèse

Monsieur le Docteur A. POLLOSSON

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon,
Chirurgien de la Charité.

A mes Maîtres des hôpitaux de Lyon

M. ROLLET, chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique
ophtalmologique.

M. A. POLLOSSON, chirurgien des hôpitaux, professeur de
clinique gynécologique.

M. NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des hôpitaux, professeur
agrégé à la Faculté.

M. BRET, médecin des hôpitaux.

A mes Maîtres des hôpitaux de Saint-Etienne

M. MONTAGNON, médecin des hôpitaux.

M. NORDMANN, médecin des hôpitaux.

A la Mémoire de M. ROUX, médecin des hôpitaux.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier nos maîtres qui, chaque jour, à l'hôpital, nous ont fait bénéficier de leur expérience et de leur savoir.

Nos remerciements vont en premier lieu à M. le professeur A. Pollosson, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, faite sous son inspiration. Pendant les six mois que nous avons eu le bonheur d'être son élève, nous avons su apprécier la clarté et le charme de son enseignement et sa grande bienveillance. Nous lui gardons un souvenir d'affectueuse gratitude.

Comment nous acquitter envers M. Tixier, chirurgien des hôpitaux ? Lorsqu'il y a deux ans, une intervention fut jugée nécessaire, n'est-ce pas à sa valeur et à ses soins empressés que nous avons dû peut-être la vie, sûrement, en tout cas, le retour complet à une santé qui, depuis, n'a jamais faibli ? De tout notre cœur, nous lui disons : merci !

Nous n'oublierons pas qu'en cette circonstance et dans bien d'autres encore, M. le docteur Cade, médecin des hôpitaux, nous a donné des preuves de son affectueux dévouement. Qu'il veuille bien croire à toute notre reconnaissance.

Que M. le professeur Rollet et M. Nové-Josserand, chirurgiens des hôpitaux, qui furent nos maîtres, nous permettent de les remercier de l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous n'avons qu'un regret, c'est celui d'avoir été trop peu de temps l'élève de M. le docteur Bret. Nous gardons, des jours passés dans son service, le meilleur souvenir.

Nous remercions MM. Jamain et Viollet de nous avoir initié à la gynécologie, et, plus particulièrement, M. Viollet, qui nous a été d'un précieux secours dans la rédaction de ce travail.

Nous n'avons garde, enfin, d'oublier nos maîtres dans les hôpitaux de Saint-Etienne, MM. les docteurs Montagnon et Nordmann.

HISTORIQUE

Dans le tableau des vingt et un myomes qu'Albarran (1) a publiés en 1891, nous trouvons le résumé de sept observations concernant des femmes. Ce sont celles de Jakson, 1870 (2); de Belfield, 1881 (3); de Schatz (4); de Gibbons-Pater (5); d'Eve (6); de Polaillon-Legrand (7); de Terrier et Hartmann (inérite). Albarran ajoute un cas de rhabdomyome, dû à Vicenzi Livio, qui ne fut pas opéré.

En 1895, Terrier et Hartmann (8) font paraître leur mémoire sur cette question. Ils contrôlent les observations du tableau d'Albarran, les réduisant à quatre, supprimant les observations de Jakson, de Schatz et d'Eve, et ajoutent trois nouvelles observations, ce qui fait sept. Les trois observations nouvelles sont celles de Faye, de Tassi (9), de Pillet-Dupuy (10).

(1) *Tumeurs de la vessie*, 1891, page 124.

(2) *Boston Medical Journal*, 1870, 25 août, page 120.

(3) *Wienn Méd. Woock*, 1881, n° 12.

(4) *Archives f. Gynæk.*, vol. X, 1876, page 356.

(5) *Trans. clin. Soc. Lond.*, 1887.

(6) *Lancet*, 1885, page 284.

(7) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1888, page 604.

(8) *Revue de chirurgie*, 1895, pages 181-239 : Contribution à l'étude des myomes de la vessie.

(9) *Bulletin de l'Académie royale de Rome*, 1881.

(10) *Idem*.

Cassanello, de Pise (1) récuse le cas de Belfield, réduit ainsi le chiffre de Terrier et Hartmann à six et ajoute quatre nouveaux cas : ceux de Riegel, 1900 (2); de Warholm (3); de Ramsay (4); de Karström (5); ce qui porte le nombre à dix.

Le docteur Raffin, en 1905, dans son compte rendu de l'Association française d'urologie, retranche les cas de Fayé et de Riegel qui ne comportent pas d'observation chirurgicale, ajoute un nouveau cas inédit d'Albarran, en tout neuf observations.

Nous accepterons la manière de voir de Raffin. Nous mentionnerons, en plus, deux cas signalés par Legueu (6) : celui de Kusneski (7) et celui qui est rapporté dans la *Folia Urologica* (8). Nous ajouterons enfin une observation inédite que M. le professeur A. Pollosson a eu l'amabilité de nous communiquer, concernant une femme opérée dans sa clinique en février 1910.

Nous présentons ainsi un tableau de dix observations. Etant données nos recherches, nous ne croyons pas qu'il en ait été publié d'autres dans la littérature médicale.

(1) RINALDO CASSANELLO. — Contribution anatomique, pathologique et clinique à l'étude des tumeurs à fibres musculaires lisses de la vessie. In *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1903, page 1441.

(2) Thèse de Giessen, 1894, inspirée par Bøestrem.

(3) *Hygiea*, 1893, page 323. Ref. in *Cent. S. chirurgie*, 1895, page 182.

(4) *Phil. méd.*, 1900, 7 juillet. Rés. in *Cent. f. d. K. d. H. u. S. O.*, 1900, page 587.

(5) *Lygiea*. 1895, n° 1. In *Cent. f. ch.*, 1896, page 1074.

(6) *Traité d'urologie*.

(7) *Ihresbereit des Urogenetalapparatis*, I, 1906, page 142.

(8) *Folia urologica*, 1908, t. II, n° 4, page 450.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tassi. (Terrier et Hartmann, *Revue de chirurgie*, 1895.)

Femme âgée de 25 ans.

Réglée à 14 ans et, depuis, toujours régulièrement.
Mariée. Mère de deux enfants.

Trois mois après son mariage, c'est-à-dire en juillet 1881, il lui arriva, à la suite de travaux fatigants, de ne pouvoir uriner. Le lendemain, en vaquant à ses occupations, elle urina abondamment. Cette émission d'urines fut suivie d'une seconde, de couleur roussâtre, contenant du sang et spumeuse. Dans la même journée, plusieurs émissions colorées en rouge. Le soir, affaiblissement de la malade qui, depuis ce jour, ne put marcher. Cet état dura trois jours. Peu à peu les forces revinrent, mais les mictions restèrent difficiles et douloureuses.

En octobre 1881, état satisfaisant.

En novembre 1881, lors de ses règles, elle eut de nouvelles mictions pénibles et sanglantes pendant trois jours.

En décembre, elle devint enceinte. Dans les quatre derniers mois de la grossesse, on note de l'œdème des mains et de la face.

En septembre 1882, accouchement heureux.

En novembre 1882, nouvelle émission d'urines rouges.

Un matin, la malade ne put retenir ses urines et pissa au milieu de la chambre des urines abondantes, spumeuses et couleur de sang.

Elle resta ensuite évanouie pendant quelques minutes, puis, revenue à elle, s'alita et resta dans un grand état d'affaiblissement pendant dix jours. Depuis, elle s'améliora et ne vit plus de sang dans l'urine.

Un matin, après des efforts considérables, elle émit un calcul suivi d'une émission d'une grande quantité d'urines. Son état s'améliora de nouveau et resta bon pendant deux ans.

En 1884, elle devint enceinte une deuxième fois. Au neuvième mois de sa grossesse, elle eut quelques urines sanglantes. L'accouchement fut long et laborieux; puis tout alla bien.

En mars 1885, elle eut des caillots sanguins dans l'urine.

En avril, rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs du bas-ventre recommencèrent et le 5 mai elle rentre à l'hôpital de San Giacomo, à Rome.

A son entrée, malade anémique. A l'examen, par le toucher vaginal, en introduisant le doigt le long de la paroi supérieure du vagin, vers le bas-fond de la vessie, on perçoit un corps dur, immobile, de la grosseur d'une grosse noix, à droite du trigone vésical, et en enfonçant l'autre main dans l'hypogastre, on saisit entre le doigt introduit dans le vagin et la main qui est en avant le corps étranger dont on peut calculer la grosseur approximative. L'urètre de la femme étant dilaté, on peut facilement y introduire le doigt. Le doigt explorant de cette façon le col de la vessie, tombe directement sur un corps

dur et élastique, situé à droite du trigone et un peu au-dessous. Le corps est douloureux, saigne facilement et a la grosseur d'une petite pomme, faisant corps avec la paroi vésicale; il est sessile et peu mobile. En même temps, on sent un calcul gros comme un petit œuf de poule, aplati, mobile et pouvant être facilement déplacé.

On fait une taille hypogastrique. On extrait, après l'avoir broyé, un calcul de forme ovoïde, puis on enlève la tumeur.

Le lendemain, pas d'hémorragie.

Les suites de l'opération furent bonnes. Douze jours après l'opération, la malade était complètement guérie.

Actuellement, la fonction de la vessie est complètement rétablie; les urines, claires et limpides, s'écoulent par l'urètre, et la femme n'accuse aucun trouble urinaire.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait très nettement d'un fibro-myome.

OBSERVATION II

Polaillon, Legrand, 1888. (Terrier et Hartmann. *Revue de chirurgie*, 1895.)

6 décembre 1887. — La nommée D... P..., âgée de 54 ans, entre chez M. Polaillon.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 16 ans.

En 1865, une métrorrhagie.

Deux accouchements, en 1859 et en 1862.

Pleurésie en 1864 et en 1884.

Depuis dix-huit mois, pesanteur du bas-ventre qui depuis un an a augmenté de volume.

Actuellement, femme chétive. Le ventre pointé en avant dans sa partie inférieure. Vergetures; pigmentation de la ligne ombilicale. Par le palper, on sent sous la paroi abdominale une tumeur arrondie, globuleuse, lisse, dure en haut et à droite, molle à gauche.

A la percussion, matité centrale avec sonorité des fosses iliaques dans toutes les positions; pas d'ascite. La tumeur oscille dans le sens transversal, mais non dans le sens vertical.

Par le toucher vaginal combiné au palper, on sent que le col est effacé, l'utérus mobile et indépendant de la tumeur.

L'utérus mesure 6 centimètres à l'hystéromètre.

Comme signes fonctionnels, on note de la pesanteur au bas-ventre, de la constipation, des mictions fréquentes, abondantes, avec urines normales. La malade accuse quelques vagues douleurs dans les reins; elle se plaint de maux de tête et d'épistaxis; pas de vomissement.

Cœur rien.

Poumons : sommet droit un peu suspect.

Diagnostic : tumeur de l'ovaire.

15 décembre 1887. — Opération. Incision longitudinale de la paroi et des muscles. On ne rencontre pas le péritoine. On poursuit la tumeur jusqu'à trois travers de doigt de la cicatrice ombilicale. On y rencontre, cette fois le péritoine qui forme un cul-de-sac entre la paroi et la tumeur. La tumeur est dégagée et ressemble à un fibromyome utérin dont la face antérieure aurait adhéré à la paroi abdominale. On lie la tumeur à sa base. La section est blanche et ne saigne pas.

Après l'opération, la malade se plaint de nausées, de douleurs de ventre et de mictions involontaires.

Les jours suivants, mictions volontaires fréquentes, mais peu abondantes, puis bientôt spontanées et douloureuses.

Le 19, la respiration devient embarrassée, la température est à 38.

Le 20, les urines sont foncées, contiennent de l'albumine. Il se fait un écoulement sanguin par les voies génito-urinaires.

Le 21, urines foncées et sanglantes.

Le 22, bruit de galop.

Le 23, troubles respiratoires et diarrhée.

Le 28, chute du pédicule; à sa place, excavation profonde.

Le 31, température à 39.

Le 2 janvier 1888, on constate un suintement de liquide clair et ambré au fond de la dépression anfractueuse du pédicule; on aperçoit la muqueuse vésicale au travers. La malade n'urine plus par l'urètre.

Mort, le 17 janvier, c'est-à-dire quarante jours après l'opération, de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie : utérus et annexes libres. L'utérus, long de 7 centimètres, ne présente aucune implantation de tumeur; son fond est recouvert par le péritoine. On constate un tout petit fibrome de la face postérieure, à l'union du corps et du col.

Après disjonction de la symphyse pubienne, on fait une incision qui va du méat au bord inférieur de la fistule vésico-abdominale; puis on incise l'urètre et la vessie. La vessie, haute de 12 centimètres, est intacte. Au niveau de la fistule, la muqueuse vésicale adhère solidement à la peau. Il faut en conclure que la tumeur n'ayant eu pour

point d'implantation ni l'utérus, ni les annexes, ni la paroi de l'abdomen, s'est développée aux dépens du sommet de la vessie, vers le point où s'insère le cordon fibreux, vestige de l'ouraue.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée après l'opération pèse 3 kilogs 200; elle est arrondie, lisse, recouverte de péritoine, sauf sur sa moitié antérieure, où l'on voyait une tissu lamellaire à grandes lacunes, prolongement du tissu cellulaire de la cavité de Retzius. Une coupe à travers la masse montre un tissu blanchâtre, ferme, criant sous le scalpel.

Examen histologique. — Les préparations ont été colorées soit par le picro-carmin, soit par l'hématoxyline-éosine. Ces dernières sont les plus démonstratives.

Les coupes des parties les plus fermes de la tumeur montrent un grand nombre de fibres musculaires lisses, non hypertrophiées, reconnaissables à leur noyau en bâtonnet très allongé, coloré fortement par l'hématoxyline. Ces fibres sont disposées en faisceaux épars, feutrés. Dans le sens longitudinal, elles sont entières, serrées les unes contre les autres; dans le sens transversal, elles sont coupées perpendiculairement et montrent la tranche punctiforme de leur noyau, entouré d'un cercle de protoplasma. Les faisceaux de fibres ne contiennent pas de tissu conjonctif, ni de vaisseaux. Les éléments cellulaires et les capillaires se trouvent à la périphérie des faisceaux qu'ils encadrent dans une sorte de réseau à larges mailles irrégulières. Des artères dont les parois sont bien formées et des veines volumineuses circulent dans des espaces conjonctifs plus larges.

Les coupes des parties les plus molles de la tumeur font

voir les mêmes éléments; mais l'intrication en est moins compliquée. Les espaces conjonctifs sont plus larges et les éléments adultes de tissu conjonctif se retrouvent dans toutes les parties de la coupe.

OBSERVATION III

Gibbons-Parker, 1887. (T. et Hartmann, *Revue de chirurgie*, 1895.)

Femme de 18 ans, entrée à l'hôpital pour une cystalgie avec incontinence d'urine durant depuis cinq mois.

Antécédents : elle était née de parents bien portants et jusqu'aux six mois qui avaient précédé sa maladie, avait toujours vécu à la campagne; ce n'est qu'à ce moment qu'elle est venue habiter Londres. Elle commença alors à être plus pâle et à s'affaiblir un peu.

Maladie actuelle : Pendant un court séjour qu'elle fit chez ses parents, se mère aurait remarqué qu'elle urinait plus que de coutume et qu'elle souffrait en urinant. Elle fut traitée pour une pierre vésicale. Les douleurs augmentèrent d'intensité, sans être influencées par le mouvement.

A son entrée à l'hôpital, la malade ne pouvait retenir son urine. Elle se plaignait de pesanteur au périnée. Il y avait de la leucorrhée. L'urine, acide, laissait un dépôt purulent abondant. Des examens microscopiques permirent de constater la présence de globules rouges de temps à autres.

A l'examen bimanuel, pratiqué sous anesthésie au chloroforme, on eut la sensation d'une tumeur hémisphérique, lisse à son sommet, lobulée à sa périphérie, sié-

geant en un point répondant à la jonction du plancher et de la paroi gauche de la vessie, facilement mobile.

Ultérieurement, sous anesthésie, on fit la dilatation rapide de l'urètre dans le but d'explorer avec le doigt l'intérieur de la vessie. On confirma ainsi le diagnostic de tumeur et l'on put déterminer son siège d'une façon précise. La tumeur sous-muqueuse avait une large base d'implantation.

La tumeur fut enlevée la semaine suivante. On fit une taille hypogastrique et une ablation à l'anse galvanique.

La convalescence se fit sans incident. Pendant vingt-trois jours, la malade ne put retenir ses urines. C'est à ce moment seulement qu'elle commença à les garder quelque peu. Le quarante-deuxième jour elle n'urinait plus que toutes les trois heures. Le soixante-sixième jour, elle quittait l'hôpital, gardant parfaitement ses urines.

Plusieurs mois après, nous avons eu de ses nouvelles. Elle reste en parfait état, ne souffre plus; il n'y a pas trace de récédive.

Examen de la tumeur. — A la coupe, la tumeur est ferme, de couleur grise, avec quelques points vasculaires çà et là; elle est du volume d'une grosse noix.

L'examen microscopique démontra que l'on avait eu affaire à un myome à fibres lisses.

OBSERVATION IV

Warholm, 1893. (*Hygiea*, 1893, page 323; *Organes génito-urinaires*, 1903, page 1441. Résumé de Cassanello.)

Il s'agit d'une femme de 28 ans qui ressentait de fortes douleurs dans la région abdominale inférieure et qui perdait ses urines.

A la palpation abdominale, on sentait au-dessus de la symphyse du pubis une tumeur grosse comme une noix et fixée aux parois abdominales.

On fit une laparotomie et l'on tomba sur une tumeur insérée sur la paroi antérieure de la vessie; on l'extirpa en même temps que l'on réséqua les deux tiers de la paroi antérieure de la vessie. Il resta une fistule vésico-abdominale qui guérit dans la suite.

L'examen histologique montra que l'on avait affaire à un myome.

OBSERVATION V

Terrier et Hartmann. (*Revue de chirurgie*, 1895.)

L..., 60 ans, entre, le 2 mai 1890, dans le service de Terrier, à l'hôpital Bichat.

Bonne santé antérieure. Ménopause à 45 ans.

En avril dernier, envies d'uriner fréquentes, douloureuses; pertes abondantes et caillots. Le sang vient de l'urètre. Le col utérin est sain. Dans les jours qui suivent ces pertes, les envies d'uriner se font impérieuses; la malade est constamment mouillée.

La paroi vésico-vaginale est douloureuse à la pression.

Par le toucher combiné on sent une petite tumeur qui donne l'impression d'un fibrome indépendant de l'utérus.

Par le cathétérisme on obtient un caillot dans la sonde.

8 juin 1890. — Intervention. Taille hypogastrique :

Incision hypogastrique médiane;

Incision de la vessie derrière la symphyse;

Introduction du doigt dans la vessie. On sent une tumeur dans la région du trigone.

Enucléation de la tumeur sous-muqueuse; cette tumeur est rouge, vascularisée, accompagnée de deux petites tumeurs avoisinantes.

Réunion de la plaie vésicale, de la couche musculo-aponévrotique et de la peau. Drain qui va de la plaie hypogastrique à l'urètre.

Pas de température les jours suivants.

Le 20, on enlève le drain.

Le 26, la fistule est fermée.

Le 3 juillet, la malade quitte l'hôpital guérie.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un myome pur.

29 juillet 1890. — Depuis six semaines, la malade constate de nouveau un peu de sang dans les urines. Les mictions redeviennent fréquentes et douloureuses; il y a de l'incontinence d'urines. On essaie le lait, l'eau de Vichy, le santal.

A l'examen : ventre flasque. Cicatrice de 10 centimètres, qui s'arrête à 2 centimètres de la commissure antérieure de la vulve; la partie inférieure en est un peu déprimée. Lorsque la malade tousse, cette cicatrice se soulève en même temps qu'il se produit une voussure de la grande lèvre droite. Le tout se réduit en faisant entendre du gargouillement.

Le cathétérisme permet de retirer une petite quantité d'urines dont les dernières gouttes sont purulentes, mais non teintées de sang.

Par le toucher combiné, on sent à gauche une tumeur du volume d'une mandarine, arrondie, dure, mobile, douloureuse à la pression, s'étendant dans la partie interne de la fosse iliaque gauche.

Les mictions sont fréquentes. On en compte dix-sept ce jour-là.

22 août 1891. — Taille hypogastrique par Hartmann.

Ouverture de la vessie un peu à gauche de la ligne médiane. On reconnaît avec le doigt une tumeur sessile implantée à gauche du trigone. L'ancienne cicatrice est très épaissie. La tumeur est énucléable; elle est enlevée par fragments. Suture.

Suites bonnes. Le 20 septembre, la malade quitte l'hôpital.

A l'examen histologique, myome pur.

Avril 1892. — Troisième séjour. Fistule de la cicatrice par laquelle sort l'urine. Mictions fréquentes et douloureuses sans hématuries.

Par le palper, on sent une tumeur remontant à gauche jusqu'à l'ombilic, donnant l'impression d'un fibrome utérin, mobile.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin et l'utérus sont rejetés en arrière.

Par une sonde introduite dans la vessie, on heurte une tumeur.

22 avril. — Intervention par Terrier. Ouverture de la vessie.

On atteint une masse lobulée que l'on arrache par morcellement. Les fragments enlevés sont lisses, arrondis, grisâtres.

On suture par deux crins la partie supérieure de la plaie.

La fistule s'agrandit dans les jours suivants. La base de la cicatrice s'ulcère. La malade se cachectise progressivement, sans fièvre.

19 juillet. — Trois mois après, on voit une large ulcération de la paroi abdominale et des plans sous-jacents, siégeant à droite de la ligne médiane, de la grandeur de la paume de la main, dont le fond est constitué par les vestiges de l'ancienne tumeur. Il s'en exhale une odeur infecte; il se dégage un ichor sanieux et urineux. Erythèmes des cuisses.

Mort le 22 juillet.

22 juillet. — Autopsie.

Large ulcération s'étendant du bord inférieur du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture : tumeur occupant la moitié inférieure du ventre, et à laquelle adhèrent l'épiploon et des anses intestinales. Sa surface est arrondie, lisse, régulière, recouverte par place d'un exsudat putrilagineux. Elle s'est développée aux dépens du fond de la vessie. En outre, on constate plusieurs tumeurs extra-vésicales, développées un peu à gauche du fond vésical.

L'examen histologique de trois morceaux de la tumeur recueillis post mortem donne les résultats suivants :

Morceau 1, pris à la surface de la tumeur, en un point où elle n'était pas ulcérée.

En allant de la périphérie de la coupe vers le centre, on observe une zone de revêtement épithélial, une couche sous-muqueuse assez épaisse, enfin, le tissu propre de la tumeur.

a) Revêtement superficiel formé d'un épithélium stratifié proliféré.

Les cellules sont en général irrégulières, aplaties, polygonales, de dimensions inférieures aux cellules de l'épithélium vésical. Tout à fait à la périphérie, elles prennent

une forme allongée, fusiforme. Elles présentent un noyau le plus souvent irrégulier.

b) La couche sous-épithéliale est formée de cellules inflammatoires embryonnaires et de substance conjonctive interstitielle en abondance, ce qui donne à cette partie une épaisseur assez marquée. Cette zone est très vasculaire et présente de nombreux points hémorragiques. Les vaisseaux à parois épaisses sont obstrués par des caillots sanguins inflammatoires en voie de division.

c) On passe assez brusquement à la troisième couche, qui est essentiellement formée de cellules musculaires lisses disposées en faisceaux et tourbillons, comme il arrive dans le myome utérin. Ces cellules musculaires ne laissent aucun doute sur leur nature par leur forme très allongée, effilée aux extrémités et surtout leur noyau allongé, arrondi aux extrémités.

Les vaisseaux, ici, sont beaucoup moins nombreux.

Morceau 2, pris au centre de la tumeur. Myome pur, sans éléments inflammatoires.

Morceau 3, pris dans une partie ulcérée, ramollie. Éléments inflammatoires disséminés au milieu de fibres lisses.

Rien dans ces trois morceaux rappelant une dégénérescence épithéliale secondaire du myome.

OBSERVATION VI

Karström, 1896. (*Centralblätter für chirurgie*, 1896, page 1074.)

Fibromyome de la vessie. — Cystostomie. — Ablation par l'anse galvanique. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, d'une bonne santé an-

térieure, qui se mit à éprouver, un an avant son entrée à l'hôpital, d'impérieux et douloureux besoins d'uriner, en même temps qu'elle avait la sensation d'un corps étranger dans la vessie. Les mictions étaient peu abondantes. Six mois après l'apparition du premier symptôme, légère amélioration, puis, bientôt, récidence. La malade se plaint de nouveau de douleurs à la miction, l'urine devient trouble et fétide, puis, bientôt, hémorragique. Avec les premières gouttes d'urine, s'échappent des caillots sanguins; les dernières gouttes sont claires. Les douleurs ne font que s'accroître; les hémorragies deviennent bientôt si abondantes que la malade semble uriner du sang pur. On trouve parfois dans les urines des graviers, des pierres et des fragments de tumeur.

Etat le 27 juillet 1906 : Anémie profonde; sans œdème, sans fièvre. Mictions douloureuses tous les quarts d'heure environ. L'urine est alcaline et fétide. A l'examen microscopique, on voit des globules de pus, des hématies et quelques cellules vésicales. On filtre l'urine; on fait la réaction à l'acide azotique : albumine : le taux de l'albumine est de 0 gr. 55 p. 100. On y trouve encore des cylindres à petits grains.

A la pression, la vessie est douloureuse; mais le palper ne révèle aucune tuméfaction.

La sonde va heurter un obstacle au niveau du col de la vessie. Par le vagin, on sent une tumeur grosse comme un œuf de poule, et assez difficile à délimiter. Les annexes et l'utérus sont sains et très distincts de la tumeur. L'urètre étant dilaté, il est facile de reconnaître, sur la paroi postérieure de la vessie, implantée par une large base, une tumeur dure, fongueuse, friable, mobile. L'ex-

trémité supérieure en paraît plate et lisse; la partie supérieure se désagrège facilement; elle est incrustée de phosphates. Les parois de la vessie, tout autour, sont saines; les autres organes paraissent normaux.

Le 18 août 1896. — Intervention. Un ballon de Petersen est introduit dans le rectum. La vessie, par suite de l'incontinence consécutive à la dilatation de l'urètre, ne peut pas contenir plus de 100 grammes de liquide, et encore doit-on les refouler en comprimant l'urètre. On fait une incision longitudinale partant de la symphyse. Le péritoine est minutieusement refoulé et protégé. Quoique l'on ait fait à travers la paroi vésicale une incision de 5 centimètres, la tumeur ne peut être extirpée en totalité. Une anse galvanique doit être introduite à travers l'urètre, et la tumeur put être enlevée jusqu'à sa base, sans presque une goutte de sang. Drainage de la vessie et suture.

La convalescence se fit sans interruption et au commencement d'octobre la malade était complètement guérie.

Mais un examen que l'on fit ultérieurement chez la malade, montra qu'une partie de la tumeur, grosse comme une cerise, située à droite de la cicatrice, avait été laissée. Elle fut extraite à l'anse galvanique, et, le 18 octobre, la malade put partir, complètement rétablie.

Quatre ans plus tard, la malade allait bien. L'examen microscopique confirma le diagnostic de myome utérin.

OBSERVATION VII

Michel Pavoue, 1897. (*Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*, 1899, page 66.)

D... C..., 22 ans, se présente, le 3 février 1897, pour consulter au sujet d'une affection vésicale dont elle souffre depuis peu de temps. Aucun antécédent personnel ou héréditaire à signaler.

En septembre 1896, elle eut des urines sanglantes sans cause appréciable. Après quelques jours, l'hématurie cesse, mais ne tarde pas à reparaitre sous forme de crises irrégulières séparées par des intervalles de calme. Puis les mictions deviennent douloureuses, fréquentes, les hématuries n'étant d'ailleurs ni abondantes, ni souvent répétées. En octobre 1896, violentes douleurs à la vessie et pendant huit jours de suite, obligeant au cathétérisme deux fois par jour : urines troubles, sanglantes, grumeaux et fragments solides charnus.

La région hypogastrique présente sur la ligne médiane une tumeur sphérique qui s'étend à 4 centimètres au-dessus du pubis. A la palpation, la tumeur est facile à circonscrire et se montre formée de la vessie pleine de liquide. Le méat est un peu œdématié; le cathétérisme ramène un litre et demi de liquide trouble, de réaction légèrement acide, contenant du pus, quelques hématies, quelques cristaux d'acide urique, des cellules épithéliales de la vessie, mais pas de cylindre, pas d'éléments du rein. Le toucher vaginal détermine par pression sur la vessie une vive douleur correspondant au col.

A l'examen cystoscopique, on voit, sur la partie anté-

rieure du trigone et un peu à gauche, une tumeur de la grosseur et de la forme d'une amande, de couleur rouge sombre, en partie lisse et en partie recouverte d'excroissances villeuses; elle est munie d'un pédicule de 4 centimètres de long environ. Sur les côtés de cette tumeur se voient trois petites tumeurs de la grosseur d'une fève. La muqueuse qui entoure l'orifice vésical est hyperhémisée, fortement vascularisée. Un petit fragment de la tumeur émis avec les urines se montra constitué de fibres musculaires striées.

Opération. Dilatation de l'urètre selon la méthode de Hégar. L'index gauche étant introduit dans la vessie comme guide, la tumeur est enlevée partie au bistouri, partie au serre-nœud, partie à la curette de Follkmann. Lavage à l'eau boriquée chaude. La malade perdit peu de sang pendant l'opération. Il y eut un peu d'émission involontaire d'urine qui dura une huitaine de jours après l'opération, mais disparut après trente jours.

L'examen cystoscopique ne montre alors plus de trace de tumeur.

L'examen microscopique montre que la tumeur est constituée par des fibres musculaires striées, disposées en faisceaux ou désagrégées au milieu de tissu conjonctif lâche, discrètement vascularisé.

D'après l'auteur, ce cas doit s'ajouter au seul autre cas connu de rhabdomyome de Vicenzi Livio, rapporté par Pacinotti et par Albarran (lequel ne fut pas opéré).

OBSERVATION VIII

Ramsay, 1900. (Résumée par Cassanello dans les *Organes génito-urinaires*, 1903.)

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui se plaignait de troubles vésicaux consistant en hématuries et en dysurie. Elle présentait une tumeur sous-muqueuse située sur la paroi postérieure de la vessie, avec une large base d'implantation, environ 6 centimètres.

On fit une cystostomie vaginale en deux temps. La tumeur une fois extirpée, la malade guérit.

L'examen histologique montra que l'on avait affaire à un léio-myome.

OBSERVATION IX

Albarran. (Observation communiquée et résumée par le docteur Raffin. Compte rendu de l'Association française d'urologie, 1905, page 107.)

Il s'agit d'une femme qui expulsait par l'urètre des fragments de tumeur et à qui l'on fit une cystectomie et une hystérectomie.

On tomba sur une tumeur de la vessie, adhérente à l'utérus.

La malade guérit.

Neuf mois après, elle allait bien.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le professeur Pollosson.)

Femme J..., née C..., 41 ans. Entrée le 15 février 1910 à la clinique pour des troubles urinaires.

Antécédents : Bronchite à 22 ans, avec hémoptysies qui permettent de soupçonner la tuberculose. Mariée à 24 ans; une fausse couche deux mois après son mariage; pas de grossesse depuis.

Souffre actuellement de troubles urinaires.

Depuis dix-huit mois, elle a, au moment de ses règles, ou pendant les huit jours qui précèdent ses règles, des besoins fréquents d'uriner. La malade urine toutes les demi-heures tant le jour que la nuit, mais avec prédominance pendant le jour. Elle urine peu à la fois; les urines sont claires; mais chaque miction est douloureuse; elle souffre surtout quelques secondes après avoir uriné; il lui semble alors que son ventre va s'ouvrir et elle porte instinctivement les mains au bas-ventre comme pour soutenir la vessie.

Ces douleurs vésicales ne survenaient pas à chaque période menstruelle.

La malade ne s'était jamais aperçue d'une augmentation de volume de son ventre.

Au palper et au toucher combinés on avait l'impression d'un fibrome utérin.

21 février 1910. — Intervention. Incision de Pfannenstiel.

On tombe sur un myome ramolli de la cavité de Retzius implanté sur la vessie. La tumeur est énucléable, ou du moins on peut l'évider à la main; elle a la consistance molle des tumeurs malignes.

Reprise d'une parcelle adhérente à la vessie; blessure vésicale; suture vésicale. Ouverture du péritoine par une incision longitudinale. On reconnaît l'utérus et les annexes parfaitement sains. Le cul-de-sac péritonéal an-

térieur est intact. Donc, myome ou sarcome de la paroi vésicale.

Drainage de la loge par une mèche abdominale. Puis, de nouveau, drainage par colpotomie antérieure et passage d'un drain le quinzième jour.

Suites bonnes.

La malade a été revue le 9 décembre 1910; elle va très bien. Elle a repris de l'embonpoint; elle ne souffre plus ni du ventre, ni de la vessie. La paroi abdominale est très solide. On sent, du côté gauche, par le toucher vaginal, vers la branche ischio-pubienne, une masse allongée suivant cet axe, dure et paraissant adhérer à l'os. M. le docteur Pellanda, qui a suivi cette malade, et qui avait constaté lors de son départ une tuméfaction plus considérable, croit que cette tuméfaction est en voie de diminution.

Examen de la pièce :

1° Examen macroscopique. Il s'agit d'une tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant. Sa surface extérieure est irrégulière sur presque tous les points, c'est-à-dire qu'elle présente çà et là des bosselures, des lambeaux qui représentent des déchirures partielles de la tumeur au niveau de la coque,

A la coupe, la tumeur présente des aspects variés suivant les points : ici, il s'agit d'une tumeur friable dans laquelle l'ongle et la pulpe digitale pénètrent facilement; ici, c'est un tissu cassant; là, un tissu plus œdémateux, plus mou, qui rappelle davantage les aspects encéphaloïdes; ailleurs on trouve des infiltrations hémorragiques assez abondantes, dissociant les mailles de la tumeur.

2° Examen histologique (1) :

(1) Cet examen est dû à l'obligeance de M. le professeur Paviot. Nous lui en sommes vivement reconnaissant,

On fait en plusieurs endroits des coupes de la tumeur. Ces coupes sont identiques. Pour la plus grande surface, elles sont constituées par un feutrage fibrillaire semé de rares noyaux fusiformes ou en bâtonnets. Dans ce feutrage, il est impossible de voir les rapports réciproques des fibrilles et des noyaux. Puis, par places, on voit les noyaux devenir insensiblement de plus en plus nombreux, se tasser, se grouper avec des fibrilles plus resserrées, en des fascicules tourbillonnant, pour bientôt constituer des volutes qui rappellent celles des myomes.

C'est cette dernière disposition qui, seule, permet d'être assez affirmatif sur l'origine de la tumeur, car on ne trouve nulle part, ni sur l'une des séries de coupe, ni sur l'autre, des fibres cellules adultes ou normalement constituées. La richesse circulatoire est énorme; même dans les parties les plus denses, des vaisseaux, des capillaires réduits à un endothélium font un véritable tissu spongieux; par places même, sur l'un des fragments, il y a quelques hémorragies interstitielles.

Dans les portions feutrées, les vaisseaux à parois individualisées sont beaucoup plus rares; mais on voit de grandes lacunes, simple écartement des fibrilles dont la nature ne peut être affirmée.

En somme, dans quelques points, la disposition permet d'affirmer le myome et, de l'ensemble, on peut déduire, surtout par comparaison avec d'autres cas vus, qu'il s'agit d'un myome à développement rapide.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous avons à étudier le myome de la vessie tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique.

Etude macroscopique. — Nous avons à considérer le volume, le nombre, le siège de ces tumeurs; puis leur rapport avec le réservoir vésical, l'urètre et les uretères, et enfin les rapports avec le péritoine et les tissus ambiants.

Le volume de ces tumeurs varie d'après nos observations depuis celui d'une amande (Michel Pavone) ou d'une noix (Warholm) jusqu'à celui d'une énorme tumeur du poids de 3 kilos 500 (Polaillon, Legrand) ou mieux de 10 kilos (cas cité dans la *Folia Urologica*), en ce qui concerne les tumeurs vésicales périphériques. Elles sont notées comme étant du volume d'un œuf de pigeon (Gibbons Parker) à celui d'un poing pour les tumeurs pédiculées intra-vésicales.

Les tumeurs intra-vésicales peuvent être uniques, ou multiples ; dans le cas rapporté par Michel Pavone, il y avait, outre la tumeur principale, grosse comme une amande, trois tumeurs de la grosseur d'une fève. Parmi celles qui se développent à la périphérie, il en est de même.

Le siège varie considérablement suivant que l'on a affaire à des tumeurs intra-vésicales ou à développement excentrique.

Les premières se développent sur le fond de la vessie, souvent près de l'embouchure des uretères, pouvant ainsi amener la compression de ces derniers et par suite l'hydronéphrose, comme dans le cas de Belfield et de Riegel. Elles adhèrent à la muqueuse qu'elles ulcèrent assez rapidement par des processus nécrobiotiques. Ces tumeurs diffèrent de celles que nous avons à étudier, qui sont celles du dôme et de la paroi antérieure.

Les grosses tumeurs se développent en avant, s'implantent de préférence sur le dôme. Suivant leur volume, elles intéressent un segment plus ou moins considérable de la sphère vésicale; se développent soit dans le sens de la cavité de Retzius, c'est-à-dire vers le point où elles trouvent le moins de résistance, soit latéralement, et, dans ces conditions, les uretères risquent davantage d'être intéressés. Ces tumeurs sont rarement enveloppées d'une capsule musculaire de laquelle elles puissent être énucléées comme les fibromes de l'utérus. Leur capsule est une simple formation conjonctive en dedans de laquelle la tumeur est clivable à la main et peut être enlevée comme un placenta au niveau de la muqueuse utérine.

Au niveau de la muqueuse vésicale la tumeur est assez adhérente; de ce côté, la capsule musculaire est tout à fait absente; la capsule conjonctive est assez mince, si bien que dans toutes nos observations il y a eu, au cours de l'extirpation, l'ouverture de la muqueuse vésicale. Sur le pôle de la tumeur qui bombe dans la vessie, la muqueuse est étalée, amincie. Au toucher intra-vésical (Tassi), on

tombe en général sur une tumeur dure et saignant facilement. A l'examen cystoscopique tel qu'il fut pratiqué dans le cas de Michel Pavone, la tumeur, grosse comme une amande, était de couleur rouge sombre et en partie recouverte d'excroissances villeuses.

La vessie est-elle agrandie par le développement de la tumeur ? C'est fort possible, étant donnée l'adhérence de la tumeur à la muqueuse. En ce point, nous manquons de données précises qui seraient à vérifier soit par l'examen direct avec la sonde ou l'hystéromètre, soit par la capacité vésicale, soit par la radiographie après injections bismuthées.

En ce qui concerne leur rapport avec les uretères, on voit qu'en général ceux-ci sont peu touchés par le développement excentrique de la tumeur.

Il en est de même pour le péritoine. Les tumeurs vésicales poussant leur prolongement dans la cavité de Retzius et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, refoulent le péritoine devant elles. Pourtant, dans le cas de Pollaillon-Legrand, la tumeur était en partie recouverte de péritoine. Mais ce n'est pas là la disposition ordinaire. Si au cours de l'intervention, on est amené à ouvrir le péritoine, c'est toujours pour se rendre compte de l'intégrité des annexes. Dans la majeure partie des cas, on ne l'a d'ailleurs pas ouvert.

La consistance de ces tumeurs varie. Le plus souvent, on signale des tumeurs dures, analogues à des fibromes. Quelquefois, ce sont des tumeurs plus molles, plus œdématisées. Dans notre cas, il s'agissait d'une tumeur à consistance irrégulière, molle en certains points, cassante en d'autres, avec infiltration hémorragiques, rappelant par plusieurs points l'aspect des myomes malins.

Etude microscopique. — La question de l'anatomie microscopique du myome de la vessie est tout entière à faire d'après des cas plus nombreux et mieux observés. Dans la majorité des cas, les descriptions sont trop sommaires.

La question de l'existence du myome pur n'est pas douteuse; car il existe quelques observations typiques; mais ce n'est pas avec des cas aussi atypiques que le nôtre que nous pourrions établir l'entité du myome de la vessie. En effet, dès que ces tumeurs prennent des caractères de malignité, il est très difficile de différencier les myomes malins des sarcomes. A ce point de vue, la question est plus une question de doctrine qu'une question d'observation des faits. L'école lyonnaise, on le sait, refuse au sarcome son droit de cité et cherche toujours à rapporter à un élément noble autre que le tissu conjonctif, l'origine des tumeurs de ce genre.

En effet, les caractères que nous reconnaissons au myome malin sont très voisins de ceux que l'on donne comme caractéristique des sarcomes. En général, le myome malin est caractérisé : 1° par la modification des fibres musculaires lisses qui se raccourcissent, perdent leur fuseau protoplasmique, si colorable par l'éosine; 2° par la modification des noyaux. Le bâtonnet se rapetisse, se transforme en un noyau ovale ou même arrondi; quelquefois il se fragmente, présentant des figures de karyokynèse : noyaux géants; 3° par la disposition des fibres entre elles. C'est la perte de la fasciculation normale que l'on voit immédiatement apparaître. Les fibres se groupent par faisceaux plus petits, plus déliés, quelquefois même tout aspect fasciculé a disparu et il est très diffi-

cile alors d'affirmer l'origine de la tumeur; 4° par la présence d'hémorragies interstitielles. L'infiltration sanguine dissociant les tissus de la tumeur est caractéristique de l'évolution maligne de la tumeur; 5° par la présence des vaisseaux embryonnaires formés uniquement de leur endothélium, creusés pour ainsi dire en plein tissu néoplasique; formant même çà et là de véritables lacunes irrégulières; ce qui ajoute encore un nouveau signe de malignité.

Disons en terminant que dans un de nos cas on a signalé un rhabdomyome, ce qui est une anomalie; et il est bien certain que l'origine de cette tumeur est suspecte et qu'elle doit être rapportée aux muscles de la paroi abdominale.

Les myomes de la vessie ont une malignité purement locale; la récurrence survient sur place; on n'a jamais signalé de métastases. Mais la récurrence est fréquente; dans le cas de Terrier et Hartmann, il y eut deux récurrences. Cela montre combien cette question des myomes est difficile à isoler de celle des sarcomes.



SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Il est presque impossible de faire une symptomatologie générale des myomes de la vessie. Cette symptomatologie est, en effet, essentiellement différente suivant que le myome, primitivement interstitiel, s'est développé vers la muqueuse vésicale pour devenir cavitaire ou vers les organes périvésicaux pour devenir excentrique.

Les myomes cavitaires peuvent survenir à tout âge, à 15 ans (Gibbons Parker), comme à 60 (Terrier et Hartmann).

Le début en est rarement brusque. Souvent, la femme, d'une bonne santé antérieure, voit peu à peu la quantité de ses urines diminuer, ses mictions devenir douloureuses et fréquentes et hématuriques. C'est le cas de la malade de Tassi qui, pendant quatre ans, eut des mictions alternativement claires et sanglantes.

A la période d'état, les symptômes fonctionnels sont plus marqués.

Les hématuries se rapprochent en même temps qu'elles deviennent plus abondantes. Elles ont le caractère des hématuries vésicales, spontanées et capricieuses dans leur apparition et leur durée, apparaissant sans cause appréciable, fatigue, rétention d'urine, cathétérisme, constipation, etc., sans douleurs prodromiques lombaires ou vésicales. Par leur abondance elles peuvent déter-

miner un état d'anémie aiguë, comme dans le cas de Tassi, qui rend toute intervention immédiate inutile.

Elles s'accompagnent souvent de douleurs intenses à la miction, probablement par suite de l'ulcération de la muqueuse qui recouvre le myome.

Les mictions sont, en outre, très fréquentes, pouvant aller jusqu'à l'émission involontaire, comme dans le cas de Michel Pavone. Quelquefois même, il y a émission d'urines purulentes, la femme de Gibbons Parker en fournit l'exemple.

Enfin, il peut y avoir expulsion de fragments de tumeur par le conduit urétral.

Les signes physiques sont fournis par le palper, par le toucher intra-urétral, par le cathétérisme et par la cystoscopie.

Par le toucher bimanuel, on peut avoir, comme dans le cas de Gibbons Parker, la sensation d'une tumeur et en reconnaître les caractères.

Mais c'est surtout par le toucher intra-vésical, facile chez la femme à urètre court et presque rectiligne, que l'on peut constater la présence de la tumeur.

Chez la malade précédemment citée, il était facile de reconnaître une tumeur pédiculée, grosse comme un œuf de pigeon.

Le cathétérisme fait avec un explorateur métallique ou une sonde à bécuille peut facilement permettre de sentir la tumeur.

Enfin, le cystoscope, pendant les périodes interhématuriques, fixera sur le nombre, le volume, le siège et le mode d'insertion du néoplasme. Il est regrettable que dans nos observations nous n'ayons qu'un cas à enregistrer où ce mode d'exploration ait été employé.

Toute différente est la symptomatologie de la deuxième forme clinique sous laquelle peuvent se présenter les myomes de la vessie, nous voulons parler des myomes périphériques.

Là, à part une sensation de pesanteur au bas-ventre, avec, quelquefois, de la constipation, peu de symptômes fonctionnels typiques; pas d'hématurie ou, du moins, bien rare; pas de phénomènes vésicaux. Ces tumeurs ne se révèlent que par les signes communs à toutes les tumeurs abdominales.

L'inspection montre la paroi vésicale fortement soulevée dans toute son étendue ou dans sa partie inférieure seulement. Ces tumeurs atteignent, en effet, un volume considérable : 3 kilos 200 (Polaillon-Legrand), 2 kilos 400 (Tassi), 9 kilos (*Folia Urologica*).

La palpation délimite une tuméfaction arrondie ou bosselée, à contours nets, de consistance ferme.

A la percussion, la tumeur est mate, environnée d'une zone sonore qui représente les anses grêles refoulées.

Enfin, on a attiré l'attention (Cassanello) sur l'augmentation de la capacité vésicale, nouvelle analogie avec les fibromes utérins.

On comprend facilement que l'évolution est bien différente dans les cas de myomes excentriques ou dans les myomes intra-vésicaux.

Ces derniers, par le grand nombre de leurs signes fonctionnels attirent rapidement l'attention de la malade et de son médecin. Et il est rare de les voir atteindre les dimensions importantes, soit parce que l'intervention est plus hâtive, soit parce que, à la suite de complications infectieuses, une issue fatale s'est produite.

Il n'en est plus de même pour les myomes périphériques. Ceux-ci évoluent longuement, en plusieurs années jusqu'à l'heure de l'intervention chirurgicale.

Au point de vue du pronostic, il faut tenir compte de plusieurs facteurs.

Et, tout d'abord, dans les myomes excentriques, du développement de la tumeur qui, s'il est considérable, peut déterminer des troubles locaux de compression. Dans le cas cité par Eve, la tumeur, bien que petite, avait comprimé les uretères au niveau de leur pénétration dans la vessie et avait ainsi déterminé le développement d'une hydronéphrose double.

Il faut tenir compte également du degré de malignité de la tumeur à cause de la récurrence possible. C'est ainsi que chez la malade qui fut opérée par Terrier et Hartmann, il y eut deux récurrences qui, toutes deux, furent opérées, la première quatorze mois après la première intervention, la deuxième huit mois après. La malade mourut d'ailleurs deux ans après la première opération par cachexie.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces tumeurs peuvent être une cause de dystocie lors de l'accouchement, témoin l'observation de Faye rapportée par Cassanello. Il s'agissait d'une femme chez laquelle, depuis plusieurs années, dataient de légers troubles urinaires. En palpant l'abdomen, on trouvait une tumeur aussi grosse qu'une tête d'adulte, d'une consistance dure, irrégulière, bosselée, peu mobile, et on la sentait s'enfoncer dans l'excavation pelvienne. Elle déterminait un rétrécissement du bassin et c'est pourquoi il fut nécessaire d'exécuter dans le dernier accouchement la céphalotomie du fœtus,

Néanmoins, il ne semble pas que l'on doive porter un pronostic trop sombre sur ces tumeurs, puisque, sur les dix cas que nous rapportons dans notre thèse, nous en avons sept dont la guérison se maintenait ferme environ quatre ans après l'opération. La huitième malade, celle qui fut opérée par notre maître, M. le professeur Pollosson, est venue nous faire constater, il y a quelques jours, son bon état de santé. Dans l'un des deux cas malheureux, la malade mourut au quarantième jour de tuberculose pulmonaire.

De même que la symptomatologie, la difficulté du diagnostic est toute différente suivant la forme clinique envisagée.

I. — Dans le cas de myomes périphériques, en effet, les symptômes caractéristiques manquent; quelquefois, un peu de douleur à la miction et c'est tout comme trouble vésical. Les signes physiques sont ceux d'une tumeur, d'un fibrome de l'utérus. Sans doute, dans ce cas, et surtout s'il s'agit d'un fibrome du fond utérin, par le toucher et le palper combinés, entraîne-t-on la tumeur par les mouvements imprimés à l'utérus; sans doute encore, s'il s'agit d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, en plaçant une pince de Museux sur le col et en attirant au dehors l'utérus, amène-t-on en même temps la tumeur. mais, en réalité, même avec le signe de Hégar, il est impossible de faire le départ de ce qui appartient à l'utérus et de ce qui appartient à la vessie. Et, de fait, tous les chirurgiens s'y sont trompés. L'observation rapportée par Polaillon et Legrand est typique à ce sujet. La tumeur diagnostiquée tumeur de l'ovaire fut prise à l'opé-

ration pour un fibrome utérin. A l'autopsie seulement on reconnut son origine.

En tout cas, on ne confondra pas les myomes de la vessie avec une tumeur de la paroi. Un signe est pathognomonique du siège anatomique : mobiles dans la paroi quand celle-ci est relâchée, les fibromes pariétaux deviennent fixes et saillants quand celle-ci se contracte. De plus, si on marque avec un crayon, comme l'a indiqué Tillaux, le point le plus élevé de la tumeur, on observe que pendant les mouvements forcés d'inspiration, le point ainsi repéré ne se déplace pas : la tumeur est donc intra-pariétale et non intra-abdominale.

II. — S'agit-il des myomes cavitaires ? Ici, l'attention est rapidement attirée vers la vessie par l'hématurie, par la fréquence et parfois même la purulence des mictions ; par l'expulsion par l'urètre de fragments de tumeur.

Le diagnostic se confirme par le toucher intra-vésical et la cystoscopie. La seule difficulté est de déterminer la nature de la tumeur. La cystoscopie permettra le plus souvent de faire un diagnostic de probabilité.

1° Le toucher intra-vésical, facile à faire chez la femme, renseignera d'abord sur le siège de la tumeur, sur son volume, sur sa mobilité, sur l'état de la muqueuse qui la recouvre.

2° Sur la nature histologique du néoplasme, si importante à déterminer, la cystoscopie fournira surtout, comme nous venons de le dire, un diagnostic de probabilité.

Lorsque la tumeur est villeuse, dit Albarran, on a des probabilités pour se trouver en présence d'un polype bénin. Si, au contraire, les villosités semblent s'élever à la

surface d'une masse solide, on peut penser plutôt à un épithélioma. Ce dernier diagnostic sera tout à fait certain lorsqu'on voit une masse lobulée avec les bosselures et les anfractuosités caractéristiques du cancer.

On pourrait encore prendre pour une tumeur polypeuse la surface ulcérée et déchiquetée d'un cancer; mais, dans le cancer, les villosités sont plus larges, plus irrégulières; elles présentent, de plus, un aspect nécrotique, grisâtre, qui n'a rien de cette apparence, spéciale aux polypes, par laquelle ceux-ci rappellent certaines plantes marines, arborescentes, couleur de rose.

3° Le diagnostic avec les papillomes se fera surtout par l'examen microscopique des parcelles de la tumeur expulsées par l'urètre. Les papillomes, en effet, sont formés de villosités constituées par un axe conjonctif traversé par un capillaire en anse, revêtu d'une ou de plusieurs couches de cellules épithéliales, soit embryonnaires (type allantoïdien d'Albarran), soit adultes et identiques à l'épithélium vésical adulte, soit de cellules à protoplasma clair.

Ainsi, par le toucher intra-vésical, on fera le diagnostic de tumeur intra-cavitaire. La cystoscopie et l'examen histologique permettront souvent d'en établir la nature et montreront s'il s'agit d'une tumeur cancéreuse, d'un papillome, d'un kyste ou d'un myome.

En somme, diagnostic aisé dans le cas de myome intra-cavitaire; diagnostic presque impossible dans le cas de myome périphérique.

TRAITEMENT

Il n'est naturellement qu'un traitement, c'est l'intervention chirurgicale, qui sera variable avec le siège de la tumeur.

Les tumeurs intra-vésicales pourront quelquefois être abordées par les voies naturelles après dilatation de l'urètre, et l'ablation en sera faite au serre-nœuds ou à la curette. C'est ce que l'on fit dans le cas de Michel Pavone.

Quant aux tumeurs sous-muqueuses, plus volumineuses, situées sur le bas-fond vésical, il sera plus commode de les aborder par la taille hypogastrique. C'est la voie la plus fréquemment suivie (cas Tassi, Gibbons, Parker, Terrier et Hartmann, Karström).

S'il s'agit d'une tumeur facilement sentie par le vagin, on pourra à la rigueur employer la voie vaginale. C'est ainsi que fut abordée la tumeur dans le cas de Ramsay.

Dans les grosses tumeurs, à développement périphérique, l'intervention se rapprochera le plus souvent d'une laparotomie plutôt que d'une taille hypogastrique. On tombera le plus souvent sur une tumeur assez facilement énucléable; il arrivera pourtant de blesser la vessie que l'on devra soigneusement suturer. L'ouverture du péritoine ne s'impose presque jamais; on ne la fait que pour vérifier l'état des organes voisins.

CONCLUSIONS

I. — Le myome de la vessie, chez la femme, est une affection rare. Nous n'en avons recueilli que dix observations.

II. — Au point de vue clinique et anatomo-pathologique, il faut distinguer deux formes :

a) Une forme intra-vésicale, polypeuse, dont le diagnostic se fera par les moyens ordinaires (cystoscopie, toucher intra-vésical) ;

b) Une autre forme plus intéressante et plus difficile à diagnostiquer, à développement interstitiel. Ces dernières tumeurs déterminent très peu de symptômes du côté de la vessie (pollakiuries, douleurs à la miction), et sont à peu près fatalement confondues avec des fibromes utérins.

III. — Le pronostic de ces tumeurs doit être envisagé à plusieurs points de vue :

1° Au point de vue des compressions des uretères;

2° Au point de vue dystocique, si la malade devient enceinte;

3° Au point de vue de la malignité. Le myome n'est pas une tumeur purement bénigne; il peut y avoir des myomes malins qui peuvent récidiver.

IV. — Ces tumeurs sont opérables. Au cours de l'intervention, il faut s'attendre à ouvrir souvent la vessie qui sera suturée dans la suite.

Le traitement est efficace, puisque, sur dix malades, la guérison se maintient, chez huit, quatre ans après l'intervention.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 décembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

